



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

TRATAMIENTO INTEGRAL ESTETICO CON USO DE CORONAS DE ACETATO EN  
PACIENTE INFANTE CON PULPITIS IRREVERSIBLE

**Línea de investigación:**

Salud Pública

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Odontopediatría

**Autora**

Puente Aucapoma, Marianella Carmín

**Asesora**

Castro Pérez-Vargas, Antonieta Mercedes

ORCID: 0000-0001-9040-5666

**Jurado**

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Veiga Sierra, Roberto

**Lima - Perú**

**2024**



# TRATAMIENTO INTEGRAL ESTETICO CON USO DE CORONAS DE ACETATO EN PACIENTE INFANTE CON PULPITIS IRREVERSIBLE

## INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

1%

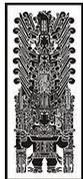
PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://doku.pub">doku.pub</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Ilerna Online Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1%
7	Submitted to Universidad Francisco Marroquín Trabajo del estudiante	<1%
8	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a>	



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

TRATAMIENTO INTEGRAL ESTETICO CON USO DE CORONAS DE ACETATO EN  
PACIENTE INFANTE CON PULPITIS IRREVERSIBLE

**Línea de Investigación:**

Salud Pública

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Odontopediatría

**Autora**

Puente Aucapoma, Marianella Carmín

**Asesora**

Castro Pérez-Vargas, Antonieta Mercedes

ORCID: 0000-0001-9040-5666

**Jurado**

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Veiga Sierra, Roberto

**Lima – Perú**

**2024**

### **Dedicatoria**

Este trabajo está enteramente dedicado a mi hijo Gerardo Joaquim, a mis padres y a todas las personas que de una y otra manera me ayudaron en el proceso de mi formación académica.

### **Agradecimiento**

Agradezco por la ayuda y la dedicación que el Hospital Santa Rosa y los docentes impartieron y al Instituto Nacional de salud del Niño.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Descripción del Problema... ..	1
1.2 Antecedentes... ..	2
1.2.1. Marco Teórico.....	6
1.3 Objetivos .....	15
1.3.1. Objetivo General... ..	15
1.3.2. Objetivos Específicos... ..	15
1.4 Justificación... ..	16
1.5 Impactos esperados del trabajo académico... ..	16
II. METODOLOGÍA.....	17
2.1. Presentación del caso clínico... ..	17
2.1.1. Afiliación... ..	17
2.1.2. Motivo de Consulta .....	17
2.1.3. Antecedentes... ..	17
2.1.4. Enfermedad Actual .....	18
2.1.5. Evaluación del cuestionario.....	18
III. RESULTADOS.....	26
IV. CONCLUSIONES .....	28
V. RECOMENDACIONES .....	31
VI. REFERENCIAS.....	32
VII. ANEXOS .....	36
7.1. Anexo A .....	36

7.1.1. Fotografías extraorales -INSN .....	36
7.1.2. Fotografías intraorales - INSN.....	37
7.2. Anexo B .....	38
7.2.1. Materiales para fabricación de las coronas de acetato – INSN.....	38
7.2.2. Secuencia para la confección de las coronas - INSN.....	38
7.2.3. Jeringa de resina Herculite Precis Kerr - INSN.....	39
7.3. Anexo C .....	39
7.3.1. Fotografía del procedimiento en sala de operaciones .....	39
7.4. Anexo D .....	42
7.4.1. Resultado del procedimiento - INSN.....	42
7.5. Anexo E .....	43
7.5.1. Análisis Facial – INSN.....	43
7.6. Anexo F .....	44
7.6.1. Historia clínica integral del niño de la Facultad de Odontología de la UNFV.....	44

## RESUMEN

La caries dental es una enfermedad que está determinada por una variedad de microorganismos. El descuido por la persona, provoca que la caries dental progrese e invada la pulpa dental a través de la dentina y puede crear una exposición pulpar directa, esta desencadena una futura pulpitis, clasificándose clínicamente como pulpitis reversible e irreversible. **Objetivo:** Realizar tratamiento integral estético de dientes primarios con uso de coronas de acetato en paciente infante con pulpitis irreversible. **Método:** Narración biomédica narrativa, este caso clínico se realizó en paciente de 3 años, sexo femenino, que ingresa a sala de operaciones del Hospital Santa Rosa con diagnósticos de pulpitis irreversible y caries de dentina. **Resultados:** Se realizan tratamientos pulpares y con el uso de resinas de nanotecnología y coronas de acetato se realiza la rehabilitación oral de los dientes deciduos, estos dientes mostraran resistencia hasta el tiempo de recambio dentario. Este procedimiento dental en sala de operaciones finaliza sin complicaciones y se realizan controles post operatorios a los 7 días, 30 y 50 días. **Conclusiones:** Es posible rehabilitar los dientes primarios con uso de coronas de acetato en pacientes niños e infantes, haciendo uso de protocolos de fabricación, rehabilitación y cuidado post operatorios, por ello se recomienda el uso de coronas de acetato en paciente infante con pulpitis irreversible en el sector anterior, ya que brinda óptimos resultados y durabilidad en el tiempo.

*Palabras clave:* coronas dentales, pulpitis, caries dental, infante, rehabilitación bucal.

## ABSTRACT

Dental caries is a disease that is determined by a variety of microorganisms. As this process is neglected by the person, dental caries invades the dental pulp through the dentin and can create direct pulp exposure, which triggers future pulpitis, being clinically classified as reversible and irreversible pulpitis. **Objective:** To perform comprehensive aesthetic treatment of primary teeth with the use of acetate crowns in an infant patient with irreversible pulpitis. **Method:** Narrative biomedical narration, this clinical case was carried out on a 3-year- old female patient who entered the operating room of the Santa Rosa Hospital with diagnoses of irreversible pulpitis and dentin caries. **Results:** Pulp treatments are performed and with the use of nanotechnology resins and acetate crowns, oral rehabilitation of the deciduous teeth is performed. These teeth will show resistance until the time of tooth replacement. This dental procedure in the operating room ends without complications and post-operative checks are performed after 7 days, 30 and 50 days. **Conclusions:** It is possible to rehabilitate primary teeth with the use of acetate crowns in children and infant patients, using protocols in their manufacturing, rehabilitation and post-operative care, therefore the use of acetate crowns in infant patients with irreversible pulpitis is recommended. In the previous sector, since it provides optimal results and durability over time.

*Keywords dental:* crowns, pulpitis, dental caries, infant, oral rehabilitation.

## I. INTRODUCCION

La caries dental es una enfermedad causada por varios microorganismos. El proceso carioso al estar descuidado por la persona, invade la pulpa dental a través de la dentina y puede crear una exposición pulpar directa, esta desencadena una futura pulpitis, clasificándose clínicamente como pulpitis reversible e irreversible. Los patógenos comúnmente hallados en esta enfermedad, son de la cavidad oral. Streptococcus, Lactobacillus, Actinomyces, Veillonella, Neisseria entre otros, siendo los géneros relacionados con las enfermedades endodónticas, el Fusobacterium, Porphyromonas, Peptostreptococcus, Prevotella, Parvimonas, Dialister y otros; la evidencia nos indica que las especies bacterianas que se encuentran en la dentina generalmente se encuentran en los conductos de la raíz contaminados. En los niños, los factores asociados a la génesis de la caries dental es la misma que en la población adulta. Sin embargo, en los infantes, existe una causa adicional a ellos y es que los dientes están en erupción (lo que facilita la acumulación de placa debido a la falta de oclusión funcional con los dientes antagonistas), empeorado por una mala o inexistente higiene oral.

La pérdida temprana de los incisivos infantiles puede causar innumerables problemas. Estos incluyen un enorme impacto psicológico, la formación de hábitos bucales nocivos que interfieren con la masticación y el habla. En la práctica odontopediátrica es importante reducir el tiempo clínico, especialmente en casos más complejos que requieren más horas de trabajo y una mínima cooperación del paciente. Por lo tanto, en la reconstrucción estética de coronas severamente dañadas, el uso de coronas de acetato de fibra es una alternativa interesante, ya que puede cubrir la mayoría de las estructuras de preparación restantes.

### 1.1. Descripción del problema

En estos tiempos el fin de la Odontopediatria es que el paciente infante alcance la madurez libre de enfermedades que afecten sus dientes y la cavidad oral. Se recomienda que su acción se inicie durante el embarazo y que se prolonguen hasta que el bebé nazca (Pedroso

et al., 2014).

En dientes jóvenes, el tratamiento rehabilitador presenta dificultades propias a la edad, como la adecuada cooperación; en la medida del avance de la lesión dental; y a las consultas de los familiares, especialmente en niños con pérdida temprana de sus piezas dentarias temporales. Por lo tanto, el odontólogo pediátrico debería tener un plan con enfoque de manera individualizada por caso (Lourenco et al., 2016).

Los dientes deciduos anteriores que estén afectados por caries dental amplia y profunda, luego de ser tratados con tratamientos de conductos, se evalúa los posibles tratamientos rehabilitadores donde se puede utilizar diferentes opciones de tratamiento como coronas acero, coronas de policarbonato, resina compuesta (Valdeci de Souza et al., 2018).

Una pulpectomía adecuada de los molares primarios en lugar de la extracción es una opción de tratamiento razonable para asegurar la caída/erupción normal del sucesor o una supervivencia a largo plazo en casos de retención. Como tal, este artículo proporciona una descripción general de este enfoque de tratamiento, incluida la pulpectomía parcial y total, en los molares deciduos (Ahmed, 2014).

La restauración estética de los incisivos primarios es particularmente desafiante debido al pequeño tamaño del diente, la proximidad de la pulpa a la superficie del diente, el esmalte relativamente delgado y el área de la superficie de conexión, y los problemas de conducta en los niños (Sahana y Kumar, 2010).

## **1.2. Antecedentes**

Gomes y Campos Neves (2020) en su estudio titulado: *Technology Incorporation in Primary Teeth Endodontics: Case Reports*, desarrollado en el año 2020 en Brasil, nos muestra dos casos clínicos de pulpectomías en dientes temporales utilizando localizador de ápice electrónico e instrumentación rotatoria. Los pasos empleados fueron los siguientes: En el primer paciente de 03 años se realizó un tratamiento de conductos en un incisivo primario con

diagnóstico de necrosis pulpar, utilizando un localizador para ápice electrónico e instrumentación de uso manual. Otro caso en paciente de 9 años que realizó en un molar primario diagnóstico de pulpitis aguda irreversible con el uso de localizador apical electrónico e instrumentación rotatoria. Este caso clínico finalizó mostrando que las tecnologías utilizadas contribuyeron al resultado final favorable de los tratamientos de endodoncia en dientes temporales en ambos casos. La endodoncia de los dientes temporales es aún es controversial respecto a los materiales y las técnicas empleadas. Como conclusión, el uso de tecnología en los tratamientos pulpares de las piezas dentarias temporales, logro reducir el tiempo y conformación en la preparación del conducto radicular. Sin embargo, es necesario más estudios para establecer la técnica.

Bhuyan y Mohanty (2020) en su estudio titulado: *Crowns in Pediatric Dentistry: A Review*, desarrollado en el año 2020 en la India. Este artículo nos da la luz sobre varios aspectos de las restauraciones de cobertura total en la práctica dental pediátrica. Existe una amplia gama de artículos y materiales para rehabilitar lesiones cariosas pero cada uno tiene sus ventajas y desventajas.

Todavía se están realizando investigaciones sobre diferentes coronas y materiales que se utilizarán para una cobertura total. Los odontólogos han utilizado estas coronas mencionadas anteriormente durante décadas con éxito. Se concluye que la elección del material depende de la preferencia del profesional, la habilidad, las necesidades funcionales y estéticas del niño y los padres.

Asgary y Sarraf (2021) en realizo un estudio desarrollado en el año 2021 en Irán titulado: *Manejo de molares primarios con pulpitis irreversible mediante pulpotomía con tampón: Reporte de tres casos con seguimiento promedio de 34 meses*. Una niña sana de 4 años de edad fue remitida a la clínica del departamento de odontología pediátrica de la Escuela de Odontología de Mashhad para el tratamiento de su primer molar mandibular primario izquierdo

sin síntomas de caries dental, el examen clínico visual reveló que el diente tenía caries dental oclusal y proximal profunda con tejido blando circundante normal, las opciones fueron la colocación de material de obturación con cemento de mezcla enriquecida en calcio (CEM), también se lograron resultados exitosos después de que este biomaterial se taponara en la herida pulpar de los molares permanentes maduros con sangrado incontrolable después de la amputación de la pulpa coronal. Esta técnica ha sido nombrada como tampón pulpotomía (TP). Para estos casos los niños fueron citados y anestesiados localmente, realizando apertura cameral, eliminación de pulpa cameral y colocación de la mezcla CEM, luego de ello restauración de ionómero y adaptación de coronas de metal. Se realizaron controles radiográficos inmediatos.

Abdelhafez y Abdellati (2022) En su estudio desarrollado en Egipto en el año 2022 titulado: Pulpotomía parcial versus completa utilizando tres materiales diferentes en molares primarios: un estudio clínico. El objetivo del estudio fue la Comparación clínica y radiográfica de pulpotomía parcial versus pulpotomía completa en molares primarios utilizando tres materiales diferentes. Esto se realizó en sesenta molares de treinta niños de 3 a 6 años. La muestra estuvo compuesta por 60 dientes que fueron divididos aleatoriamente en grupos. Los pacientes del grupo A recibieron tratamiento pulpar parcial, mientras que los pacientes del grupo B recibieron pulpotomía total. Se utilizó una técnica de boca abierta. El grupo A utilizó una fresa redonda de diamante para eliminar 2 mm de tejido pulpar coronal y el grupo B utilizó una copa o cureta para eliminar completamente la pulpa coronal. Todos los pacientes fueron tratados con bolas de algodón ligeramente humedecidas para detener el sangrado. Si es necesario, dejó de tomar el medicamento. Por lo tanto, se crearon 3 grupos, el primero uso formocresol, el segundo MTA y el tercero Theracal. Se realizaron comparaciones clínicas y radiológicas a los 6, 9, 12 y 15 meses, Significado: MTA tuvo más éxito que formocresol y Theracal, no se asoció significación estadística.

Sztyler y Wiglusz (2022) En su estudio realizado: Review on Prefomed Crowns in Pediatric Dentistry - The Composition and Application, desarrollado en el año 2022 en el país de Polonia. Se comparó los diferentes tipos de coronas preformadas que existen para reconstruir dientes temporales afectados. Los tipos de coronas prefabricadas fueron comparadas, observando indicaciones y desventajas. Se concluye que el uso de coronas pediátricas permite lograr efectos terapéuticos positivos y a largo plazo. Su empleo es más eficaz que hacerlo con reconstrucción manual, más aún en cavidades multisuperficie.

Bagchi y Kashyap (2021) en su estudio: Pulpotomy: Modern concepts and materials, desarrollado en el año 2021 en la India. Esta revisión bibliográfica se centra en indicaciones y contraindicaciones de tratamientos pulpares, además de ello la realización de estos en 1 o 2 citas, el uso o no de sustancia química para realización como formocresol. Al finalizar nos brinda la conclusión para el mantenimiento de la longitud de la arcada dentaria en los niños es necesaria la masticación, el habla y la presentación estética de los dientes temporales hasta la erupción de sus sucesores permanentes.

Palomino y Torres (2021) en su estudio titulado: Uso de coronas de acetato para la confección de coronas de resina en dientes primarios: Reporte de caso, desarrollado en el año 2021 en el Perú. El procedimiento de este caso clínico se realizó en un niño de 2 años 09 meses con diagnóstico de caries dental, se le fabricó una corona de resina mediante la técnica de corona de acetato. Durante la evaluación clínica de 12 meses, los operadores utilizaron los criterios de puntuación de la Federación Dental Mundial para restauraciones directas e indirectas. No presentaban fracturas ni caries recurrentes. Las coronas fabricadas con este método son ampliamente reconocidas por su efecto imperceptible, bajo costo y corto tiempo clínico. La conclusión de este caso clínico es que esta tecnología será una opción de tratamiento, pero se necesita más investigación para determinar sus beneficios a largo plazo.

Sockalingam y Mahyuddin (2021) en su estudio titulado: Estética dental en un paciente

infante con hipodoncia utilizando una plantilla de polipropileno termoplástico transparente prensado al vacío con calor, implementado en el año 2021 en la India. Se abordó la estética dental de una niña de 12 años con hipodoncia en la maxila de piezas permanentes, incisivos laterales, donde se empleó la plantilla de material polipropileno termoplástico prensado al vacío con resina compuesta.

La plantilla con forma de diente, ayudo a darle anatomía y adecuada oclusión entre dientes. Se concluyó que el uso de esta técnica con material de plantilla a base polipropileno termoplástico es más económico, practico, produce una alta estética dental y es indicado para niños.

### ***1.1.1. Marco teórico***

**1.1.1.1. Patología de las estructuras dentarias.** Los dientes primarios son muy importantes porque son esenciales para la alimentación, la estética, la fonación y la reserva de espacio para los dientes posteriores y permanentes. Por lo tanto, en odontología se debe lograr que los elementos dentales estén libres de enfermedad hasta su rizólisis y posterior exfoliación (Valdeci et al., 2017).

**A. Caries dental.** La caries dental es la destrucción localizada de los tejidos duros de los dientes, causada por los subproductos ácidos de la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la dieta (Selwitz et al., 2007).

Definir la caries dental como simplemente dientes podridos es una simplificación excesiva de un proceso de enfermedad complicado (Krol, 2003).

Los síntomas de desmineralización causados por la caries dental se pueden ver en los tejidos duros del diente, pero la enfermedad inicia con la placa bacteriana que cubre la superficie del mismo. También, las variaciones del esmalte en piezas jóvenes no pueden detectarse a través de métodos clínicos y radiológicos convencionales. La caries dental de origen multifactorial, comienza con cambios en el microbiota de la cavidad oral y esta

dependerá también del flujo y composición de la saliva, el refuerzo o no del flúor, la ingesta de azúcar habitual y el cepillado de modo preventivo (Selwitz et al., 2007).

La caries dental es una patología común, donde actúan diversos microorganismos. En las cavidades los microorganismos logran avanzar, la caries dental invade la pulpa dental a través de los túbulos dentinarios o causan exposición de la pulpa, lo que lleva a la inflamación pulpar, que se clasifica como pulpitis reversible e irreversible, clínicamente. Algunos estudios mostraron que las especies bacterianas relacionadas con la profundidad caries dental difieren significativamente de las de la pulpa inflamada.

Los principales microorganismos de las caries dentales son *Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*, *Veillonella*, *Neisseria*, y otros, mientras que los géneros dominantes asociados con enfermedades endodónticas son *Fusobacterium*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Parvimonas*, *Dialister* y otros.

Otros estudios han demostrado que la mayoría de las especies de bacterias dentinarias también están presentes en las raíces infectadas y que existe una correlación positiva entre las bacterias dentinarias cariogénicas y la pulpitis irreversible, lo que sugiere que bacterias específicas en las profundidades del tejido dentinario cariado son responsables de la formación de pulpitis (Zbeng et al., 2019).

La probabilidad de que una persona desarrolle caries puede cambiar con el tiempo. Los factores de riesgo físicos y biológicos para el esmalte dental o las caries radiculares incluyen un flujo y una composición insuficientes de saliva, así como factores genéticos (Selwitz et al., 2007).

El signo clínico inicial de la caries dental es la presencia de manchas opacas y blancas. Si no se controla, el proceso evoluciona a la aparición de caries dental, y esto puede conducir a la destrucción de toda la corona del diente e iniciar procesos infecciosos radiculares por la afectación pulpar (Pedroso et al., 2014).

Los primeros cambios histológicos visibles en la dentina subyacente a la lesión del esmalte son la formación de túbulos dentinarios hipermineralizados. Esta reacción se puede observar en la dentina antes de que aparezcan signos de desmineralización. La progresión del frente de desmineralización después del inicio del proceso también refleja la naturaleza dinámica de la biopelícula cariogénica (Bjorndal, 2008).

La caries dental es causada por un desequilibrio ecológico en el equilibrio fisiológico entre los minerales del diente y las biopelículas microbianas orales y es el resultado de la interacción de bacterias formadoras de ácido a lo largo del tiempo.

Las microcolonias de bacterias en los dientes están incrustadas en una matriz orgánica compuesta por polisacáridos, proteínas y ADN secretados por las células, lo que las protege contra la desecación y aumenta su resistencia a los medicamentos (Selwitz et al., 2007).

**1.1.1.2. Pulpitis.** Se pueden esperar diferentes tipos de dentina terciaria en las lesiones de cavitación dependiendo de la historia de cada lesión. La presencia y calidad de la dentina terciaria debe considerarse como la naturaleza del estímulo externo que se transmitió previamente a través de la dentina. Como otro ejemplo, las lesiones de caries que progresan rápidamente a menudo siguen una secuencia de necrosis aguda, que culmina en la formación de dentina tubular, también conocida como fibrodentina.

A medida que cambia la actividad de la lesión, la respuesta pulpar dentro de la lesión puede reflejarse por la presencia de dentinogénesis reparadora, definida como fibrodentina y nuevos túbulos producidos por nuevas células similares a odontoblastos (Bjorndal, 2008).

La presencia de fibrodentina o dentina interfacial indica la muerte de todos los odontoblastos primarios. Después de cambios en la actividad de la caries, la pulpa puede reaccionar con la dentina reparadora, similar a la formación de un puente de dentina después de una cirugía de cierre pulpar directo (Bjorndal, 2008).

**A. Terapias pulpares conservadoras.** El objetivo es crear un entorno que promueva la

salud pulpar. Esto puede implicar eliminar el tejido infectado o inflamado y luego colocar fármacos/materiales sobre la dentina o en contacto directo con la pulpa para estimular los odontoblastos o células similares para formar un puente de dentina mineralizada con los odontoblastos.

**1.1.1.3. Respuestas pulpares a la lesión.** Durante un traumatismo dental se iniciarán una serie de reacciones pulpares.

Sin embargo, el sutil potencial regenerativo o curativo de la pulpa dental significa que los cambios histológicos transitorios no siempre conducen a manifestaciones clínicamente significativas. Dependiendo de la naturaleza de la lesión, el grado de reacción de la pulpa puede variar. Las lesiones de intensidad leve a moderada suelen resolverse con una respuesta. Debido a la variedad de materiales de restauración disponibles actualmente, se pueden utilizar muchos materiales adecuados para reparar lesiones de caries en dientes temporales (Yong y Cathro, 2021).

**1.2.1.5. Restauración de los dientes primarios.** Nuestros pacientes pediátricos merecen la mejor atención dental que su odontólogo pueda brindarles, porque cualquier tratamiento, preventivo o reparador, moldeará el futuro de sus dientes.

*A. Objetivos del tratamiento restaurador.* Reparar o limitar el daño de la caries dental. Proteger y preservar la pulpa y la estructura dental remanente. Garantizar un funcionamiento adecuado. Restaurar la estética (cuando corresponda). Facilitar el mantenimiento de una buena higiene bucal.

**1.2.1.6. Materiales de restauración.** La pérdida temprana de los incisivos primarios puede causar varios problemas. Estos incluyen un enorme impacto psicológico, la formación de hábitos bucales nocivos que interfieren con la masticación y el habla, en particular de los fonemas "t", "d", "s", "sh", "ch", "t" y "d"; y, por último, los efectos estéticos negativos, incluyendo la vergüenza al hablar y sonreír (Lourenco et al., 2016).

Debido a la variedad de materiales de restauración disponibles actualmente, se pueden utilizar muchos materiales adecuados para reparar lesiones de caries en dientes temporales (Yong y Cathro, 2021).

**A. Ionómeros de vidrio.** Los ionómeros de vidrio consisten en vidrio alcalino y polvo ácido soluble en agua que se endurecen mediante una reacción ácido-base entre los dos componentes. La principal ventaja es que se adhiere a los tejidos duros del diente (Liu et al., 2021).

**B. Resinas compuestas.** En la dentición decidua, las resinas compuestas se utilizan más comúnmente por su duración y su gama mayor de colores dentales, estas al tener alta resistencia se mantienen a través del tiempo hasta el recambio dentario. La colocación de estos materiales es muy sensible a la técnica, el cumplimiento por parte del paciente y el aislamiento adecuado de la humedad pueden resultar difíciles en los pacientes pediátricos más pequeños y desafiantes (Zhang et al., 2021).

Los componentes estructurales principales de la resina compuesta son: Matriz. La fase continua es un material de resina plástica. El relleno es fibras/partículas de refuerzo que forman una fase dispersa. El silano es un agente de acoplamiento o aglutinante que facilita la unión de cargas a la matriz. El sistema activador es el que inicia la polimerización. Permite obtener colores que se asemejan a los de tus dientes. El inhibidor de polimerización aumenta el tiempo de trabajo y la vida útil (Murariu et al., 2020).

**C. Resinas de macrorrelleno o convencionales.** El tamaño medio de sus partículas de relleno está entre 10 y 50  $\mu\text{m}$ . Este tipo de resina es muy utilizado, pero sus desventajas justifican su uso. Debido a que la matriz de resina está principalmente desgastada, su rendimiento clínico es bajo y su acabado final deja mucho que desear. Además, la rugosidad afecta el bajo brillo de la superficie y aumenta la posibilidad de pigmentación.

**D. Resinas de microrelleno.** Las cargas de sílice coloidal que contienen tienen un

tamaño de partícula de 0,01 a 0,05  $\mu\text{m}$ . Esta resina funciona mejor clínicamente en la región anterior donde las cargas masticatorias y de onda son relativamente bajas, lo que le da a la restauración un alto pulido y brillo superficial (Aminoroaya et al., 2021).

**E. Resinas híbridas.** Debido a que están reforzados con un 60% o más de fases inorgánicas vítreas de diferentes composiciones y tamaños, con tamaños de partícula entre 0,6 y 1  $\mu\text{m}$ , reciben este nombre. Estos materiales se distinguen por su gran variedad de colores y capacidad de adaptarse a la estructura del diente de forma mixta y una baja contracción del polímero (Murariu et al., 2020).

**F. Resinas compuestas de alta viscosidad o de bloque.** Estas resinas tienen un alto contenido de carga. Este tipo de resina se conoce equivocadamente como "resina que se puede curar". Dichos materiales tienen un área de contacto con la banda de matriz más justa que los materiales de viscosidad estándar en restauraciones de Clase II debido a su consistencia.

**G. Resinas de Nano relleno.** Este tipo de resina es el más reciente y contiene partículas de menos de 10 nm (0,01  $\mu\text{m}$ ). Las resinas compuestas que se utilizan con nanotecnología tienen propiedades físicas y resistencia al desgaste similares a las de las resinas híbridas, pero ofrecen una transparencia y pulibilidad excepcionales similares a las de las resinas de microrellenos (Zhang et al., 2021).

Los composites de resina que contienen nanorellenos pueden proporcionar una mejor estética y una mejor resistencia al desgaste. El acabado y el pulido son cruciales no solo para el aspecto, sino también para la duración de la restauración y la salud gingival y periodontal. Esto se debe a que la textura de la superficie de los composites de resina puede afectar la formación de placa, lo que puede causar inflamación en la boca y el periodonto y decolorar la superficie (Murariu et al., 2020).

**H. Compómeros (resina compuesta modificada con poliácido).** Las resinas compuestas, también conocidas como compómeros de resina modificada con poliácido, son

materiales que están compuestos por un relleno de vidrio de fluorosilicato de aluminio y calcio y componentes poliácidos. Sin embargo, porque no son a base de agua, no se puede producir una reacción ácido-base. Como resultado, no se pueden definir específicamente como ionómeros de vidrio. Fragua producto de la fotopolimerización de resina (Mahoney et al., 2013).

**I. Postes de fibra de vidrio.** Para ciertos tipos de rehabilitación de dientes anteriores muy dañados, los dentistas pueden usar una variedad de postes prefabricados que se pueden utilizar en el desarrollo del caso clínico, estos materiales dentales preformados con características estéticas se utilizan para dar soporte de dientes fragmentados con cierta dificultad de rehabilitación. En algunas situaciones, la extracción es necesaria; en estos casos, la rehabilitación puede lograrse mediante el uso de mantenedores de espacio funcionales removibles, que los niños pueden aceptar con buena actitud (Lourenco et al., 2016).

El diagnóstico correcto permite un plan de tratamiento adecuado e integral, basado en la promoción de la salud y en la restauración de la estética, la autoimagen y la calidad de vida del paciente (Silva et al., 2015).

En el caso de los niños, además de los procedimientos clínicos reales, es necesario observar la cooperación conductual porque generalmente es un factor limitante y complicado (Beltrame et al., 2017).

**1.2.1.7. Terapia pulpar.** El principal objetivo de la terapia pulpar en la dentición decidua es preservar cada diente como una parte funcional dentro del arco dental para favorecer la masticación, fonación y deglución adecuadas, preservar el espacio necesario para posteriores erupciones dentales permanentes y prevenir enfermedades dentales.

**A. La pulpotomía.** La pulpotomía es la eliminación total de la porción coronal de la pulpa del diente, seguida de la colocación de un medicamento apropiado que ayudará a cicatrizar y mantener la vitalidad del diente.

Indicaciones de pulpotomía: Exposición de la pulpa en los dientes primarios durante la extracción de caries. Exposición de la pulpa como resultado de un traumatismo, que nunca ha experimentado dolor espontáneo. La hemorragia en el sitio de exposición es controlable fácilmente. El sitio de exposición presenta hemorragias de color rojo intenso. Cuando no se cumplen los criterios para una pulpectomía clásica o parcial, se recomienda una pulpectomía total de los dientes primarios (Bagchi et al., 2021).

**B. Pulpectomía parcial.** Se usa comúnmente para referirse a una "pulpotomía de extensión apical", que consiste en cortar la porción coronal de la pulpa de la raíz, dejando tejido vital en lo que presumiblemente es un conducto radicular sano (Ahmed, 2014).

**C. Pulpectomía total.** Al no cumplir los criterios para una pulpectomía clásica o parcial, se recomienda una pulpectomía total de los dientes primarios. La eliminación completa de inflamaciones irreversibles es el objetivo de este procedimiento (Ahmed, 2014).

**1.2.1.8. Rehabilitación oral con coronas en dientes temporales.** Se pueden utilizar coronas acero, coronas de policarbonato o resina compuesta para tratar los dientes temporales anteriores superiores afectados por lesiones cariosas. El tiempo clínico en odontopediatría es fundamental, especialmente en casos donde se necesite más tiempo de trabajo y apoyo por parte del paciente (Valdeci et al., 2018).

El tratamiento más usado para dentición primaria es la reconstrucción con materiales de restauración y coronas dentales, las prótesis parciales o totales, a veces utilizando los dientes afectados como soporte (Beltrame et al., 2017).

Los composites adhesivos pueden modificar las formas de las coronas ya sea como una restauración directa o indirecta. La restauración directa con composite se puede realizar utilizando una técnica a mano alzada, una forma de corona de acetato de celulosa, un frente de plantilla de corona preformada o la colocación de la carilla de composite prefabricada disponible en el mercado. La restauración de composite indirecta, como una carilla de

composite hecha a medida, se puede fabricar en el laboratorio para adaptarse a las necesidades de los pacientes (Sockalingam y Mahyuddin, 2021).

**A. Restauraciones coronales completas.** Las pruebas de esto incluyen Hay caries dentales en muchas superficies. Descalcificación extensa de la cervical. Pacientes con terapia pulpar en piezas anteriores que perdieron la mayor parte de su estructura dental (Sahana y Kumar, 2010).

**B. Coronas de acero inoxidable.** Está disponible en superior e inferior, centro derecho e izquierdo y lateral con 6 tamaños. Las coronas de acero inoxidable son más confiables, duraderas y económicas para restauración. Estas coronas se usan en los incisivos primarios que han sido ampliamente cariados y fracturados. Son fáciles de colocar y resistentes al desgaste. Las coronas se engarzan a labial y lingual, se cortan sencillamente con tijeras para coronas, son resistentes y se adhieren firmemente al diente hasta que se exfolia (Sahana y Kumar, 2010).

Estas coronas tienen en su composición un 67 % de hierro, 10 a 13 % de níquel, 17 a 19 % de cromo y un 4 % de elementos en menor cantidad. Cada marca disponible contiene algunas diferencias en los materiales (Sztyler et al., 2022).

**C. Coronas de policarbonato.** Son un acrílico termoformado que se utiliza para restaurar los incisivos deciduos. Más estéticas que las coronas de acero, más fáciles de recortar y ajustar con pinzas. Estas coronas no son resistentes a fuertes fuerzas abrasivas, que en ocasiones provocan fracturas, por lo que están contraindicadas en casos de bruxismo severo y mordida profundas (Sahana y Kumar, 2010). Contraindicaciones. Bruxismo, mordida profunda, abrasión (Bhuyan et al., 2020).

La estructura delgada y la flexibilidad del material superan a las coronas de resina acrílica. Sin embargo, estas coronas no son tan resistentes a fuerzas más severas, lo que puede originar fracturas (Sztyler et al., 2022).

Los avances en la tecnología de composites, como una variedad de tonos de dientes,

estabilidad predecible del color de los dientes, contracción mínima del material, alta resistencia a la compresión y a la flexión, junto con una alta capacidad de pulido, nos han permitido usar este material ampliamente en odontología (Sockalingam y Mahyuddin, 2021).

**D. Coronas de acetato.** Pose quizá más estética que todas las restauraciones disponibles para el clínico en el tratamiento de incisivos primarios muy cariados. Sin embargo, las coronas de acetato utilizan una técnica muy delicada para colocar (Croll y Lieberma, 1999).

Aunque es muy estético, su retención depende de la cantidad de estructura dental que quede después de la excavación de la caries. Esta es la primera opción de la mayoría de los odontólogos, ya que se puede reparar fácilmente si la corona se fractura o se desprende.

Las coronas de acetato se pueden usar en casos de caries dental extensas en dientes anteriores primarios; dientes fracturados; restauración de lesiones o anomalías del desarrollo; y después de la terapia de la pulpa. Las coronas de acetato no se emplean cuando se manifiestan estas situaciones, enfermedad periodontal, mordida profunda, pérdida de tejido dental que al ser significativa no se logra una adecuada retención (Bhuyan et al., 2020).

Tener una higiene oral completa antes del tratamiento es beneficioso. Se debe instruir y convencer a los padres que son responsables en cierta medida del éxito del tratamiento (Croll y Lieberman, 1999).

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Realizar el tratamiento integral estético de dientes primarios con uso de coronas de acetato en paciente infante con pulpitis irreversible.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Restablecer la estética dental de paciente infante con uso de coronas de acetato y resina.

Restablecer la funcionabilidad dental de paciente infante con uso de coronas de acetato y resina.

#### **1.4. Justificación**

En la actualidad los casos de pulpitis irreversibles en pacientes infantiles está en aumento por diferentes motivos y uno de ellos es que los padres no pasan mucho tiempo con los niños y no pueden realizar un aseo bucal, por lo cual la caries dental rápidamente llega hasta la pulpa cameral, por ello al perder la morfología muy tempranamente estos dientes deben de ser curados y rehabilitados para devolver la función masticatoria correcta y permanecer en el tiempo hasta el recambio dentario. El uso de resinas de nanotecnología en la rehabilitación con coronas de acetato en los dientes anteriores fue la alternativa elegida para llegar al éxito de este caso clínico.

#### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

Este caso clínico es diseñado y estudiado con la finalidad de recuperar la salud oral del infante, haciéndola duradera en el tiempo hasta su momento de recambio dentario, la estética dental se trabajará con resinas de alta estética y resistencia (Color A1, Herculite Precis – Kerr), estas tienen la ventaja de transmisión de la luz, estabilidad del color, mayor durabilidad y excelente acabado. Las coronas de acetato en la actualidad muestran dos grandes ventajas. La primera es ser el instrumento con mayor tasa de éxitos en restauración estética de dientes anteriores y la segunda es que su fabricación es económica.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Presentación del caso clínico

#### 2.1.1. Afiliación

Nombre	N.Q. R
Fecha de nacimiento	22-9-19
Edad	3 años
Peso	15 kg
Sexo	Femenino
Procedencia	Piura
Motivo de consulta	“Mi niña tiene los dientes rotos y le duele”

#### 2.1.2. Motivo de consulta

Madre refiere. Mi niña tiene los dientes rotos y le duele

#### 2.1.3. Antecedentes

Tenemos los siguientes

**2.1.3.1. Prenatales.** Producto de 3ra gestación, CPN completos, ITU (III trimestre tratados con óvulos).

**2.1.3.2. Natales.** Parto distócico, a término, llanto inmediato sin complicaciones, peso 3,200 kg, talla 47cm.

**2.1.3.3. Post natales.** Caracterizada por lo siguiente:

**A. Alimentación.** lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, lactancia mixta hasta los 12 meses, ablactancia a partir de 10 meses.

**B. Hábitos.** No presenta hábitos nocivos.

**C. Inmunizaciones.** Completas.

**D. Desarrollo psicomotor.** Habla y vocaliza correctamente, caminó 01 año 6 meses, control de esfínteres 02 años y medio.

**2.1.3.4. Antecedentes patológicos.** Madre refiere que niña es atendida en urgencias del Hospital Santa Rosa (año 2017) por presentar neumonía infantil, Varicela (1 año y 7 meses), y en el año 2019 es atendida por el Hospital del Niño de Breña al presentar dolor dental y es medicada vía oral.

**2.1.3.5. Antecedentes estomatológicos.** Madre refiere no presenta tratamientos odontológicos. Madre refiere que no tuvo charla educativa de salud bucal ni se le colocó flúor en los dientes.

**2.1.3.6. Antecedentes familiares.** Madre refiere que no posee enfermedades de fondo tanto ella como su esposo.

**2.1.3.7. Antecedentes socio económicos.** Madre refiere tener estrato social bajo, vivienda de los abuelos, con servicios básicos.

#### **2.1.4. Enfermedad actual**

Paciente de 3 años, sexo femenino, actualmente presenta los siguientes diagnósticos. Destrucciones coronales amplias y profundas en incisivos superiores y molares temporales, fosas y fisuras profundas, acumulo de restos alimenticios en cavidades y superficies dentarias, presencia de lengua saburral.

**2.1.4.1. Tiempo de la enfermedad.** Madre refiere muestra las caries dentales y destrucciones dentales desde el año 2018.

#### **2.1.5. Evaluación del cuestionario**

Madre procedente de Piura acude junto a niña de 3 años de edad de sexo femenino, con el motivo de consulta. “Mi niña tiene los dientes rotos y le duele”, paciente necesita ser atendido por el servicio de Odontología del Hospital Santa Rosa de Pueblo Libre.

**2.1.5.1. Examen clínico general.** El examen que se realizó constó de lo siguiente:

**A. Inspección general.** ABEG, ARES, AREN, AREH. Facies características. No receptiva. Piel y anexos. Piel elástica, hidratada, color rosa, mucosas húmedas. Uñas y cabello bien implantados. Funciones vitales. Peso. 15.6 Kilos. Frecuencia respiratoria. 24 por minuto.

**2.1.5.2. Examen extraoral.** Cabeza, braquicéfalo, braquifacial. Ojos, fija la mirada, simétricos, reactivos a la luz. Musculatura, hipotónica. Deglución, normal. Nariz, fosas nasales permeables, sin secreciones. Respiración Nasal, perfil anteroposterior, convexo.

**2.1.5.3. Examen intraoral.** Se evaluó lo siguiente:

**A. Tejidos blandos.** Labios, hipohidrosis, delgados e incompetentes. Carrillos, liso, húmedo, rosados. Lengua, saburral, móvil, pequeño. Piso de boca, SAE. Encías papilares, rosado, pálidas. Movilidad dentaria, no evidencia.

**B. Tejidos duros.** Dientes, dentición decidua. Secuencia de erupción, normal. Anomalías del esmalte, no presenta. Pulpitis irreversible, pzas. 51, 52, 61, 62, 54, 64, 74, 75, 84, 85. Fosas y fisuras profundas, pzas. 55 y 65

**C. Maxilares.** Maxilar superior Forma ovoide, tipo I. Maxilar inferior Forma ovoide, tipo I.

**D. Oclusión.** Maloclusión clase I. Plano Terminal derecho. Escalón mesial. Plano terminal izquierdo. Escalón mesial.

## **2.2. Diagnóstico presuntivo**

Del estado general, paciente de sexo femenino de 3 años de edad. De las condiciones estomatológicas, tejidos blandos, gingivitis aguda localizada. Tejidos duros, Pulpitis irreversible. Fosas y fisuras profundas. Oclusión, Maloclusión clase I.

## **2.3. Plan de trabajo**

Diario dietético y paquete preventivo. Confección de coronas de acetato. Interconsulta a especialidades de pediatría y anestesiología.

## **2.4. Diagnóstico definitivo**

Del estado general. Paciente de sexo femenino de 3 años de edad. De las condiciones estomatológicas. Tejidos blandos, Gingivitis aguda localizada en maxilar superior. Tejidos duros, Pulpitis irreversible, Fosas y fisuras. Oclusión, Maloclusión clase I.

## **2.5. Objetivos del tratamiento**

- Rehabilitar los dientes primarios con uso de coronas de acetato en paciente infante con pulpitis irreversible.
- Realizar pulpectomías en molares temporales afectados con pulpitis irreversible.
- Realizar pulpectomías en incisivos temporales afectados con pulpitis irreversible.
- Realizar sellantes en piezas molares que presentan fosas y fisuras profundas.
- Restablecer la estética dental de paciente infante con uso de coronas de acetato y resina.

## **2.6. Plan de tratamiento**

### **2.6.1. Fase sistémica**

Interconsultas a servicios de pediatría y anestesiología.

### **2.6.2. Fase higiénica**

Profilaxis dental (1 cada 15 días). Fisioterapia oral en casa.

### **2.6.3. Fase preventiva**

2 aplicaciones de flúor barniz (intervalo de 15 días).

### **2.6.4. Fase correctiva**

Pulpectomías anteriores en piezas 51, 52, 61, 62. Pulpectomías molares en piezas 54, 64, 74, 75, 84, 85. Sellantes dentales en piezas 55 y 65.

### **2.6.5. Fase de control**

Control a los 7 días, 30 días y 50 días del post operatorio. Profilaxis y fluorizaciones cada 6 meses.

## **2.7. Secuencia de tratamiento**

### **2.7.1. Atenciones hospitalarias**

Madre procedente de Piura acude junto a niña de 3 años de edad de sexo femenino, acude al servicio de odontoestomatología con el motivo de consulta. “Mi niña tiene los dientes rotos y le duele”, paciente necesita ser atendido por los profesionales debido a que el dolor en los dientes es prolongado y es incómodo, madre refiere su niña se levanta en las madrugadas llorando y solo el dolor es calmado momentáneamente con jarabes antiinflamatorios.

Al examen intraoral se evidencia caries dental amplias y profundas con evidente compromiso pulpar en dientes temporales anteriores y posteriores , luego de realizado un plan de tratamiento la paciente es indicada para tratamiento odontológico integral en sala de operaciones bajo anestesia general , la madre del paciente recibe las órdenes de análisis pre quirúrgicos y consultas a especialidades médicas para riesgo quirúrgico en los servicios de pediatría y anestesiología, paralelo a ello el paciente es tratado con profilaxis dentales y fluorizaciones dentales cada 15 días.

La madre recibe charlas de cepillado dental correcto y recomendaciones de cepillos y pasta dentales con 1100 ppm de flúor, la paciente debido al alto riesgo de caries dental será controlada semanalmente para mantener la boca aseada y no agudizar los procesos que ya se encuentran en boca. En la segunda cita programada con la madre se coordina la alimentación y la disminución del consumo de azúcares.

### **2.7.2. Trabajo técnico de los materiales dentales**

Este caso clínico además de devolver la función oclusal de los dientes, mejorar y eliminar el dolor dental producido por la pulpitis irreversible, se busca devolver la estética y función de los dientes primarios hasta su recambio dentario fisiológico en el tiempo que ocurra. La niña es citada al servicio de odontoestomatología del Hospital Santa Rosa de Pueblo Libre y se realiza una profilaxis dental con uso de una escobilla y pasta profiláctica.

### **2.7.3. Diseño de las coronas de acetato**

El uso de coronas de acetato es una técnica caracterizada por la fabricación en el consultorio de moldes de acetato encargados de transportar la resina en el diente.

La secuencia de trabajo y fabricación fue la siguiente.

Primer paso. Seleccionamos la pieza a rehabilitar y de acuerdo al tamaño seleccionamos el molde de acrílico a utilizar.

Segundo paso. Colocamos la plancha de acetato en la pinza de metal.

Tercer paso. Flamear con uso de un mechero la plancha de acetato con fuego lento.

Cuarto paso. Inserta el molde de acrílico sobre el acetato.

Quinto paso. Observar que enfrié y retirar el molde del acetato con mucho cuidado, evitando se estire el acetato y deformándolo.

Sexto paso. Quitar el molde de acetato de la pinza y recortar los contornos de las coronas para darle una forma deseada.

Una vez conseguido este molde de corona, se repetirá el procedimiento hasta conseguir el número de coronas de acetato deseadas para su utilización en el caso clínico, estas coronas serán almacenadas en un lugar seco.

#### **2.7.4. Evaluación de análisis prequirúrgicos**

Se hacen las revisiones de los anales análisis prequirúrgicos y se envía las interconsultas a los servicios de pediatría y anestesiología cuyos resultados a las evaluaciones de la niña arrojaron un riesgo quirúrgico I en pediatría y un riesgo quirúrgico I en anestesiología no teniendo inconvenientes en realizar el tratamiento integral en sala de operaciones por el servicio de odontoestomatología.

La paciente es hospitalizada 24 horas antes del procedimiento en el servicio de pediatría dónde recibe las indicaciones correspondientes por el médico de piso a esperas de la hora programada para la realización de los procedimientos dentales, la niña es hospitalizada sin ningún problema de salud de fondo ni presente en el día.

### ***2.7.5. Tratamiento integral en sala de operaciones del Hospital Santa Rosa***

Paciente de 3 años sexo femenino con diagnóstico de pulpitis irreversible calles de dentina y esmalte fosas y fisuras profundas es ingresada para tratamiento integral en sala de operaciones bajo anestesia general, por ello el anestesiólogo de turno realiza la canalización de las vías aéreas para su monitoreo durante todo el proceso integral.

Para el inicio de este procedimiento que será de aproximadamente 2 horas iniciamos con la colocación del tapón faríngeo que consiste en gasas de hilo que bloquean el ingreso de agua o algún elemento extraño por la faringe de la niña, inmediatamente después se procede a lavar la cavidad oral con uso de gasa y clorhexidina al 0.12% limpiando las superficies de los dientes, la lengua y encías, para los tratamientos de pulpectomía donde se hará la remoción de la pulpa afectada, realizamos primeramente eliminación de las caries dental usando fresa redonda de tamaño grande o mediana, eliminamos la caries hasta exponer el cuerno mesial vestibular por ser este el más superficial, seguimos ahora eliminando el techo de la cámara pulpar y hacemos ya la exposición completa y la remoción y eliminación de la pulpa cameral, lavado con clorhexidina al 0.12 %, conductometría dejando 2 mm antes del foramen apical, preparación biomecánica con limas 25,35, 40,45,50, lavado con clorhexidina y secado de los conductos con conos de papel, colocación de pasta ZOE (pasta de óxido de zinc y eugenol), y obturación base con ionómero de vidrio.

Para realizar la rehabilitación procedemos a la colocación de ácido grabador por 15 segundos, lavado con chorro de agua, secado con aire de la jeringa triple y colocación de adhesivo, nuevamente se realiza el secado y fotocurado por 15 segundos, inmediatamente después con uso de una espátula de resina anti adherente se coloca la resina (Color A1, Herculite Precis – Kerr) y se van restaurando el diente anatómicamente respetando la morfología de cada uno de ellos. Este procedimiento se realiza en las piezas destinadas a pulpotomía, están fueron las piezas 54, 55, 64, 74,75, 84, 85.

Para la realización de la pulpectomía en las piezas 51,52, 61,62, los pasos que se realizaron fueron los siguientes. Eliminación de caries dental, apertura cameral propiamente dicha, eliminación de la pulpa cameral, lavado con clorhexidina al 0.12 %, conductometría dejando 2 mm antes del foramen apical, preparación biomecánica con limas 25,35, 40, 45,50, lavado con clorhexidina y secado de los conductos con conos de papel.

Para la rehabilitación oral de las piezas incisivas superiores se procede hacer un grabado ácido al 37 % por 15 segundos, lavado con abundante agua, posterior secado con uso de la jeringa triple y colocación de adhesivo en las paredes del conducto, secado de aire suavemente con uso de jeringa triple, fotocurado por 15 segundos con uso de la lámpara LED luego de ello se inserta resina fluida dentro del conducto junto a una porción de muñón de fibra de vidrio y se fotocura por 20 segundos, luego de ello se contornea y se da forma con resina fluida y nuevamente el fotocurado y se talla con el uso de fresa diamantada grano grueso troncocónica, para la rehabilitación nos ayudamos con una espátula de resina antiadherente y colocamos la resina (Color A1, Herculite Precis – Kerr) en todo el interior de la corona de acetato para luego insertarla y hacer una leve presión en el diente, fotocurado por 15 segundos en la cara vestibular y 15 segundos en la cara palatina, luego de ello procedemos a retirar la corona con ayuda de una cureta de dentina o explorador esta corona queda deformada ya queda inservible para utilizar en otro diente por ello utilizamos una corona de acetato por cada diente a rehabilitar esta misma secuencia de rehabilitación la repetiremos en las piezas incisiva superiores.

Una vez conseguido la rehabilitación de los dientes incisivos superiores, de los molares posteriores superiores e inferiores hacemos la colocación de sellantes en las piezas 55 y 65 observamos las interferencias que encontramos en los dientes en general y empezamos el pulido y ajuste de todo las rehabilitaciones con ayuda de la pieza de mano de alta velocidad y fresas de Arkansas, finalmente hacemos un control de la oclusión, verificamos que no encontremos restos de resina o de material de rehabilitación y procedemos al retiro de tapón

faríngeo para dar de alta en sala de operaciones a nuestro paciente.

#### ***2.7.6. Término de tratamiento integral en sala de operaciones el Hospital Santa Rosa***

Una vez retirado el tapón faríngeo el profesional anesestesiólogo se encarga de monitorizar al paciente hasta la toma de conciencia y posterior llevado a la sala de recuperación en todo momento el paciente se encuentra seguro y atendido personalmente por los profesionales, lo cual garantiza que un tratamiento integral en sala de operaciones demuestra que es seguro y no pone en riesgo la salud ni la vida de un paciente.

Finalmente, el paciente es dado de alta luego de 4 horas, llevado a casa sin ningún signo de alarma y sin ningún problema, se coordina con la madre para los posteriores controles en el servicio de odontoestomatología en citas de consulta externa.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Presentación del caso clínico

##### 3.1.1. Datos

Nombre.	N.Q.R
Fecha de nacimiento.	22-9-19
Edad.	3 años
Peso.	15 kg
Sexo.	Femenino
Procedencia	Piura
Motivo de consulta.	“Mi niña tiene los dientes rotos y le duele”

##### 3.1.2. Examen clínico intraoral

###### 3.1.2.1. Tejidos blandos. Labios. Hipohidrosis, delgados, incompetentes

Carrillos.	Liso, húmedo, rosados.
Lengua.	Saburral, móvil, pequeño
Piso de boca.	SAE
Encías papilares	Rosado, pálidas
Movilidad dentaria	No evidencia

###### 3.1.2.2. Tejidos duros. Dientes. Dentición decidua

Secuencia de erupción.	Normal
Anomalías del esmalte.	No presenta
Pulpitis irreversible piezas curadas	51, 52, 61, 62, 54, 64, 74, 75, 84, 85.
Fosas y fisuras profundas selladas.	Piezas 55 y 65

#### 3.2. Controles post operatorios

Se indica al paciente dieta blanda por 3 días y el consumo de las medicaciones vía oral según la prescripción, las indicaciones al paciente fue evitar alimentos duros y crocantes ya

que estos pueden dañar o romper restauraciones dentales el paciente es indicado

El paciente es citado al servicio de odontoestomatología a los 7 días para control post operatorio dónde es evaluado intraoralmente, el ajuste oclusal, la integridad de las rehabilitaciones orales y el aseo bucal, no encontrándose inconvenientes algunos y dando indicaciones de correcto cepillado dental y cuidado de las restauraciones, esos controles se repiten a los 30 días y a los 50 días de realizado el tratamiento dando conformidad en calidad de las restauraciones dentales.

### **3.3. Resultados**

Pulpitis irreversible piezas curadas 51, 52, 61, 62, 54, 64, 74, 75, 84, 85. Fosas y fisuras profundas selladas. Piezas 55 y 65

Rehabilitación oral con uso de coronas de acetato en piezas 52, 51, 61,62 Eliminación de placa bacteriana.

### **3.4. Cuidados post operatorios**

Cepillado de los dientes con pastas dentales indicadas para su edad Disminuir el consumo de golosinas y azucares

Acudir al odontólogo cada 6 meses para una evaluación dental.

#### IV. CONCLUSIONES

4.1. Es posible rehabilitar los dientes primarios con uso de coronas de acetato en pacientes niños e infantes, haciendo uso de protocolos en su fabricación, rehabilitación y cuidado post operatorios.

4.2. Es posible restablecer la estética dental de paciente infante con uso de coronas de acetato y resinas de última generación, devolviendo la morfología y la función oclusal del paciente infante que sufrió caries dental amplias y profundas en el sector anterior.

4.3. Es posible devolver la funcionabilidad dental de los dientes primarios con uso de coronas de acetato en paciente niño e infante, dando recomendaciones en su cuidado y su correcto aseo bucal.

4.4. Es posible realizar pulpectomías en incisivos temporales afectados con pulpitis irreversible, aliviando estados de dolor del paciente y rehabilitándolos posteriormente y realizando ajustes oclusales para la correcta masticación del niño.

4.5. Es posible realizar sellantes en piezas molares que presentan fosas y fisuras profundas, para prevenir la aparición de caries dental y mejorar la salud oral del niño hasta el recambio dentario según su cronología dental.

## **V. RECOMENDACIONES**

5.1. Incluir dentro de las posibilidades de tratamiento estético el uso de coronas de acetato en el sector anterior, ya que brinda óptimos resultados y durabilidad en el tiempo.

5.2. Realizar tratamientos dentales estético con uso de resinas de última generación brindaran mayores acabados y resistencia a través del tiempo.

5.3. Realizar rehabilitaciones dentales en pacientes infantiles mostrara resultados óptimos que aumentaran la autoestima del niño y de la familia, ya que será un resultado visual notorio ante la sociedad.

5.4. Reforzar la orientación al correcto aseo bucal y uso de pastas dentales fluoradas.

5.5. Realizar sellantes de fosas y fisuras en infantiles y niños es un excelente método preventivo, evitara futuros estados de dolor producido por caries amplias y profundas.

5.6. Controlar al niño periódicamente a fin de mantener las rehabilitaciones orales en óptimas condiciones, además de realizar su profilaxis y fluorizaciones dentales cada 6 meses para evitar la aparición de caries dental.

## VI. REFERENCIAS

- Abdelhafez, A., Abdellatif, A., y Hammada, H. (2022). Partial Versus Complete Pulpotomy Using Three Different Materials in Primary Molars: A Clinical Study. *Human Journals*, 20(4), 47-65. [https://www.researchgate.net/publication/360270356\\_Partial\\_Versus\\_Complete\\_Pulpotomy\\_Using\\_Three\\_Different\\_Materials\\_in\\_Primary\\_Molars\\_A\\_Clinical\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/360270356_Partial_Versus_Complete_Pulpotomy_Using_Three_Different_Materials_in_Primary_Molars_A_Clinical_Study)
- Ahmed, H. (2014). Pulpectomy procedures in primary molar teeth. (U. S. Malaysia, Ed.) *European Journal of General Dentistry*, 3(1). <https://doi.org/10.4103/2278-9626.126201>
- Aminoroaya, A., Neisiany, R., y Khorasani, S. (2021). A review of dental composites: Challenges, chemistry aspects, filler influences, and future insights. *Composites*, 216, 2-23. <https://doi.org/10.1016/j.compositesb.2021.108852>
- Asgary, S., Sarraf, A., y Sabbagh, S. (2021). Management of primary molars with irreversible pulpitis employing tampon pulpotomy: Report of three cases with 34-month mean follow-up. *Wiley clinical case report*, 9(1), 2289-2294. <https://doi.org/10.1002/ccr3.4017>
- Bagchi, P., Kashyap, N., y Biswas, S. (2021). Pulpotomy: Modern concepts and materials. *International Journal of Oral Health Dentistry*, 7(4), 245-252. <https://doi.org/10.18231/j.ijohd.2021.049>
- Beltrame, A., Rosa, M., Noschang, R., y Almeida, I. (2017). Early Rehabilitation of Incisors with Dentinogenesis Imperfecta Type II – Case Report. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 41(2), 112-115. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-41.2.112>
- Bhuyan, S., Mohanty, S., Panigrahi, A., Shukla, M., y Pradhan, S. (2020). Crowns in Pediatric Dentistry: A Review. *Indian Journal of Forensic Medicine y Toxicology*, 14(4), 8906-8910. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.13120>

- Bjorndal, L. (2008). The Caries Process and Its Effect on the Pulp: The Science Is Changing and So Is Our Understanding. (U. o. Faculty of Health Sciences, Ed.) *American Academy of Pediatric Dentistry and American Association of Endodontists*, 34(78), S2-S5. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.02.037>
- Croll, T., y Lieberman, W. (1999). Bonded compomer slope for anterior tooth crossbite correction. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 21(4), 294-295. <https://www.aapd.org/globalassets/media/publications/archives/croll-21-04.pdf>
- Gomes, L., Campos Neves, A., y Aranha, A. (2020). Technology Incorporation in Primary Teeth Endodontics: Case Reports. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 13(2), 180-185. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1719>
- Krol, D. M. (2003). Dental Caries, Oral Health, and Pediatricians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 33, 253-270. [https://doi.org/10.1016/S1538-5442\(03\)00093-2](https://doi.org/10.1016/S1538-5442(03)00093-2)
- Liu, J., Zhang, H., y Sun, H. (2021). The Development of Filler Morphology in Dental Resin. *Materials*, 14(56), 2-21. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.3390/ma14195612>
- Lourenco, N., Cardoso, C., Abdo, R., y Da Silva, S. (2016). Oral rehabilitation in pediatric dentistry: a clinical case report. 64(1), 87-91. [mailto: doi:10.1590/1981-863720160001000131064](mailto:doi:10.1590/1981-863720160001000131064)
- Mahoney, E., Kilpatrick, N., y Johnston, T. (2013). Restorative pediatric dentistry. En *Handbook of Pediatric Dentistr* (pp. 79-102). <https://doi.org/10.1016/B978-0-7234-3695-9.00006-7>
- Murariu, A., Dinu, C., y Agop, D. (2020). Composite Resins – Multifunctional Restorative Material and Practical Approaches in Dental Field. *Materiale Plastice*, 57(2), 276-284. <https://doi.org/10.37358/Mat.Plast.1964>

- Palomino, E., Torres, G., y Barzola, M. (2021). Uso de coronas de acetato para la confección de coronas. *Odontologia Pediatrica*, 20(1), 25-32. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1291066>
- Pedroso, L., Zucuni, C., y Westphalen, L. (2014). Oral rehabilitation of patient with severe early childhood caries: a case report. *RSBO - Réseau de recherche en santé buccodentaire*, 11(1), 100-106. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153029831016>
- Sahana, S., y Kumar, A. (2010). Esthetic Crowns for Primary Teeth: A Review. *ANNALS AND ESSENCES OF DENTISTRY*, 2(2), 87-93. <https://doi.org/10.5368/aedj.2010.2.2.87-93.pdf>
- Selwitz, R. H., Ismail, A. I., y Pitts, N. B. (2007). Dental Caries. *Dentistry and Behavioral Science*, 369, 51-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60031-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2)
- Silva Moreira, K., Silva, C., y Drugowick, R. (2015). Oral rehabilitation of a child with dentinogenesis imperfecta – case report. *RSBO*, 12(3), 240-243. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153043160012>
- Simon, S., Cooper, P., y Berdal, A. (2009). Understanding pulp biology for routine clinical practice. *ENDO*, 3(3), 171-184. [http://www.quintpub.com/journals/endo/abstract.php?iss2\\_id=716yarticle\\_id=8525yarticle=2yttitle=Understanding%20pulp%20biology%20for%20routine%20clinical%20practice#.YyM ulHbMKUk](http://www.quintpub.com/journals/endo/abstract.php?iss2_id=716yarticle_id=8525yarticle=2yttitle=Understanding%20pulp%20biology%20for%20routine%20clinical%20practice#.YyM ulHbMKUk)
- Sockalingam, N., y Mahyuddin, A. (2021). Management of Dental Esthetics in a Child with Hypodontia Using a Heat Vacuum-pressed Transparent Thermoplastic Polypropylene Template. (J. B. Publishers, Ed.) *World Journal of Dentistry*, 12(4), 345-349. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10015-1843>
- Sztylek, K., Wiglusz, R., y Dobrzynski, M. (2022). Review on Preformed Crowns in Pediatric Dentistry—The Composition and Application. *Materials*, 15(6).

<https://doi.org/10.3390/ma15062081>

Valdeci de Souza, M., Cavalheiro, J., y Bussaneli, D. (2018). Aesthetic rehabilitation with strip crowns in Pediatric Dentistry: a case report. *CES Odontología*, 31(2), 66-75.

<https://doi.org/10.21615/cesodon.31.2.7>

Yong, D., y Cathro, P. (2021). Conservative pulp therapy in the management of reversible and irreversible pulpitis. (A. D. Association, Ed.) *Australian Dental Journal*, 1-11.

<https://doi.org/10.1111/adj.12841>

Zheng, J., Wu, Z., Niu, K., Xie, Y., y Hu, X. (2019). Microbiome of Deep Dentinal Caries from Reversible Pulpitis to Irreversible Pulpitis. (J. o. Endodontics, Ed.) *Journal of Endodontics*, 45(3), 302-309.

<https://doi.org/10.1016/j.joen.2018.11.017>

Zhang, X., Meng, X., y Ye, Y. (2021). Rheological and Mechanical Properties of Resin- Based Materials Applied in Dental Restorations. *polymers*, 13(29), 2-18.

<https://doi.org/10.3390/polym13172975>

## VII. ANEXOS

### 7.1. Anexo A

#### 7.1.1. *Fotografías extra orales*



### 7.1.2. Fotografías intraorales

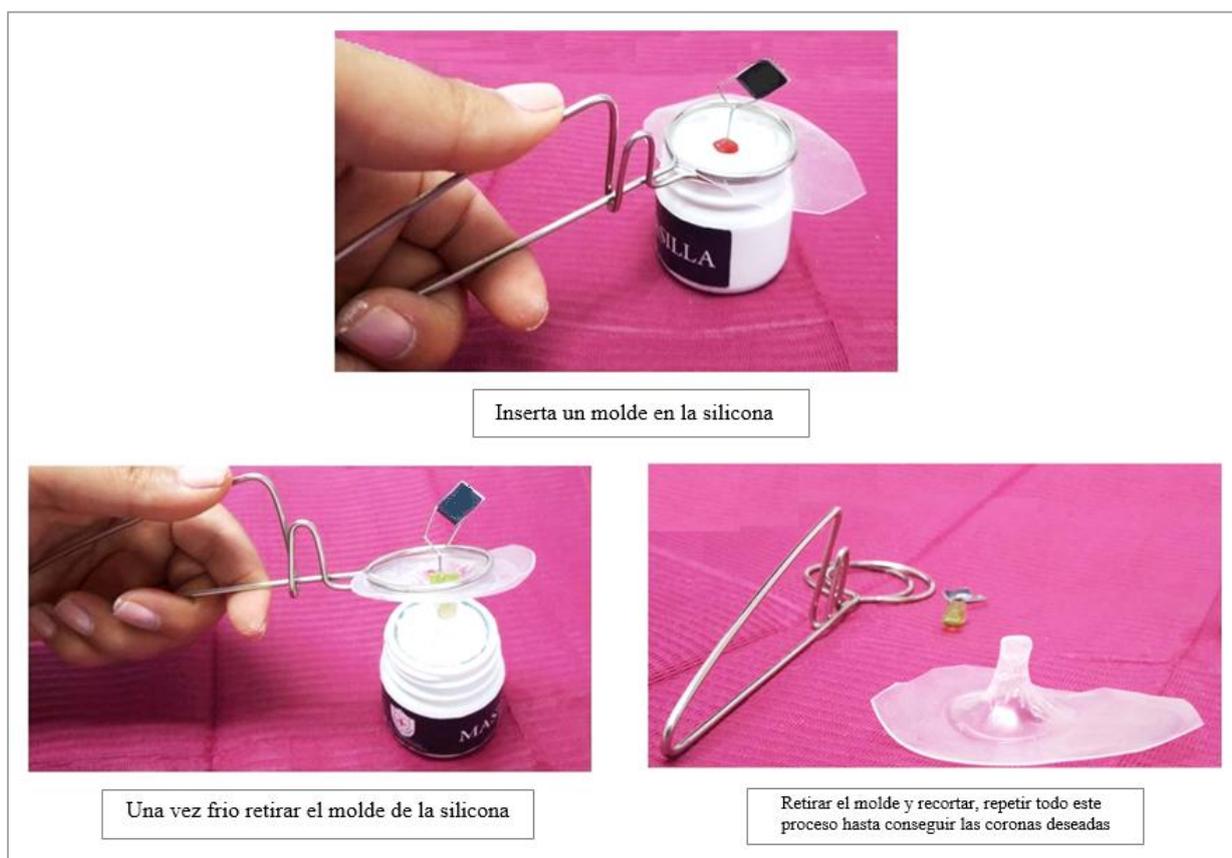


## 7.2. Anexo B

### 7.2.1. Materiales para fabricación de las coronas de acetato



### 7.2.2. Secuencia para la confección de las coronas

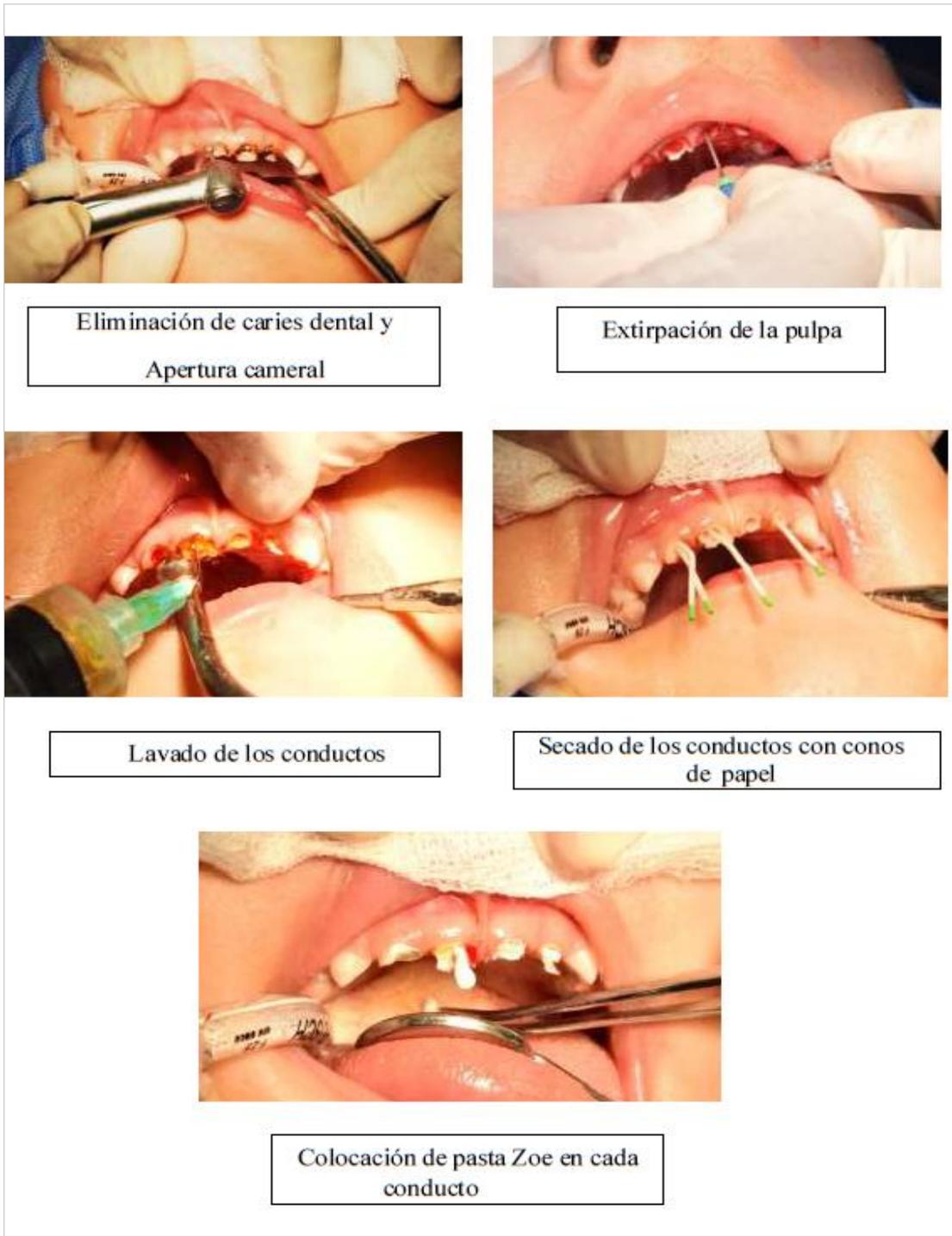


### 7.2.3. Jeringa de resina Herculite Precis Kerr



## 7.3. Anexo C

### 7.3.1. Fotografía del procedimiento en sala de operaciones





Colocación de ionómero de vidrio



Aplicación de ácido grabador y adhesivo



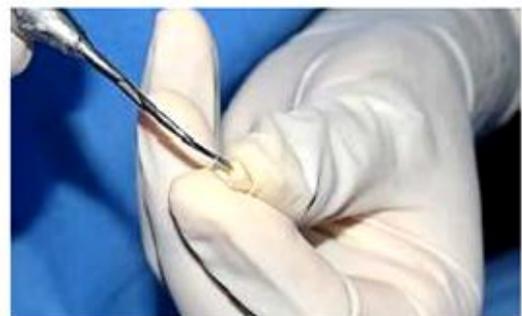
Prueba de coronas de acetato



Colocación de pernos de fibra de vidrio



Fabricación de muñones



Carga de resina en coronas de acetato



Colocación y presión de corona de acetato



Retiro de corona de acetato



Eliminación de interferencias



Contorno y pulido de coronas

## 7.4. Anexo D

### 7.4.1. *Termino y resultado de procedimiento*



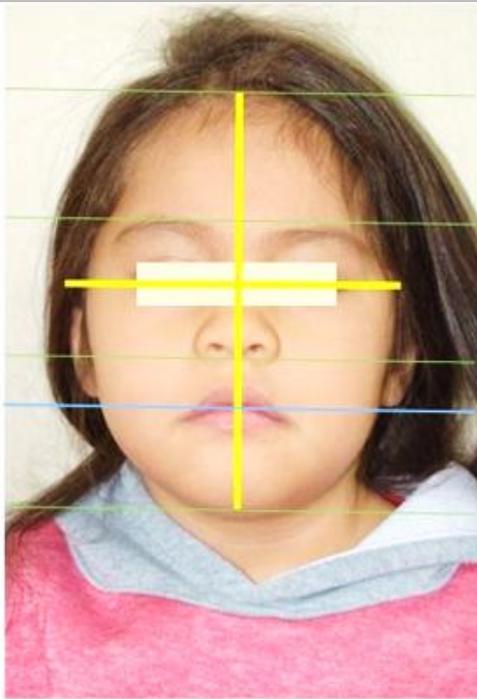
Finalización y control post operatorio en sala de operaciones



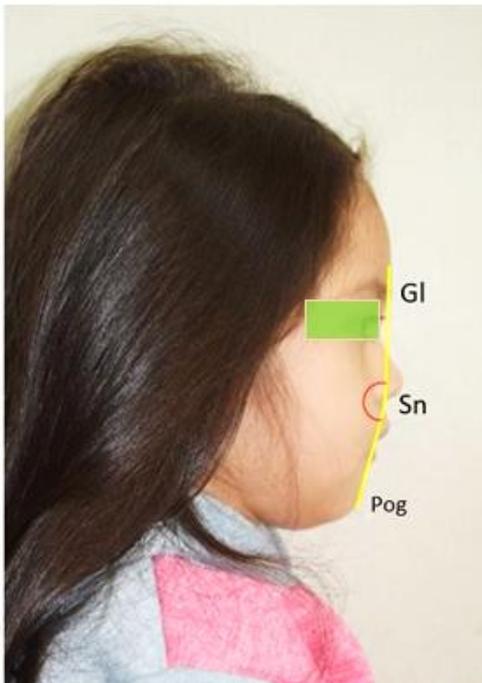
Control post operatorio a los 50 días

## 7.5. Anexo E

### 7.5.1. Análisis Facial



- Biotipo facial: Braquifacial
- Asimetría facial: lado izquierdo más aumentado que lado derecho
- Tercios proporcionados
- Tercio inferior cumple con la relación 2: 1
- Distancia Inter labial en reposo: 1mm



Perfil anteroposterior: convexo Puntos faciales

tomados en cuenta: **Gl**: glabella

**Sn**: sub nasal

**Pog**: pogonio

Valores referenciales para determinar el

perfil anteroposterior:

<175 ° : perfil convexo

>175° : perfil cóncavo

= 180° : perfil recto

## 7.6. Anexo F

### 7.6.1. Historia clínica integral del niño de la Facultad de Odontología de la UNFV

HISTORIA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA		
<b>RIESGO</b>	SISTÉMICO: ASA I	N° H.C.: 5689921
	CARIES: ALTO	FECHA: 28/9/19
<b>CONDUCTA</b>	NO COLABORADORA	

**> FILIACIÓN:**

**Nombre y Apellido del paciente:** NEYDY QUINDE ROBLEDO

**Edad:** 3 años    **Sexo:** femenino    **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 4 /02/16 - PIURA

**Procedencia:** PIURA    **Domicilio:** AV . GRAU 765 - PIURA

**Telf.:** 965 779 478    **Colegio:** LOS PASTORES    **Grado de Instrucción:** INICIAL

**N.º de hermanos:** 2    **Orden que ocupa:** tercera

**Nombre del Padre:** José Quinde Ramos    **Ocupación:** independiente    **Telf.:** 969 745 856

**Nombre de la Madre:** Liliana Robledo Sayan    **Ocupación:** Ama de casa    **Telf.:** 965 779 478

**Nombre del informante/apoderado:** Liliana Robledo Sayan    **Parentesco:** Madre

**En caso de emergencia comunicarse con:** José Quinde Ramos

**MOTIVO DE CONSULTA:** Madre refiere: Mi niña tiene los dientes rotos y le duele

**Relato de la enfermedad actual:** Madre procedente de Piura acude junto a niña de 3 años de edad de sexo femenino, con el motivo de consulta: "Mi niña tiene los dientes rotos y le duele ", paciente con dolor espontaneo al comer y al dormir.

Paciente muestra destrucciones dentales y dolor dental desde el año 2018 hasta la fecha.

**> ANAMNESIS**

**Historia Prenatal:**

**Embarazo:** Normal  Anormal     **Duración:** 41 Semanas

Enfermedades  Trastornos nutricionales  Medicamento

**Historia Natal:**

**Parto:** Prematuro  A Término  Tardío  Normal  Cesárea

**Historia Postnatal:**

El niño(a) tuvo algún problema durante el parto: Si  No

Tienes problemas congénitos: Si  No

La lactancia fue: Natural  Artificial  Mixta     **Desde:** los 6 m    **Hasta:** 12 m

Está tomando algún medicamento en el momento: Si  No

¿Qué medicamentos toma actualmente? paracetamol 120 mg /5ml - para el dolor del diente

Tuvo alguna operación últimamente: Si  No

El niño recibió todas sus vacunas: Si  No

Tuvo alguna de estas enfermedades:

Sarampión	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Varicela	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Viruela	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Alergias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Difteria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Hemorragias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Enf. Cardíaca	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Anemia	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enf. Respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Poliomielitis	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Enf. Renal	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Otras: SI	

**Observaciones:** (año 2017) neumonía infantil. Varicela (1 año y 7 meses), en el año 2019 es atendida por el hospital del niño de breña al presentar dolor dental y es medicado vía oral.

➤ EXAMEN CLÍNICO GENERAL

EXAMEN CLÍNICO

Peso: 15.6 Kg Talla: 97 cm Temperatura: 36.5 ° Presión Art: 75 /110 mmHg... IMC: 16.6

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO:

EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Forma del Cráneo: Mesocéfalo  Braquicéfalo  Dolicocefalo

Forma de la Cara: Mesofacial  Braquifacial  Dolicofacial

Perfil Ant. Post.: Recto  Cóncavo  Convexo

Perfil Vertical: Normodivergente  Hipodivergente  Hiperdivergente

Simetría Facial: Simétrico  Asimétrico

Piel: Piel elástica, hidratada, color rosa, mucosas húmedas.

Ganglios: Sublinguales: normales Submandibulares: normales

Cervicales: normales

ATM: Apertura bucal: Normal  Latero desviación  Dolor: Si  No

Ruidos: Si  No

Función Respiratoria: Nasal  Bucal  Deglución: Normal  Atípica

Fonación: Normal  Anormal

Hábitos: Succión de dedos  Succión de labios  Onicofagia

Usa chupón  Bruxismo  Otros: ninguna

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

TEJIDOS BLANDOS

Labios: Hipohidrosis, delgados, incompetentes

Vestíbulo: SAE

Carrillos: Liso, húmedo, rosados.

Orofaringe: SAE

Paladar duro: SAE

Paladar blando: SAE

Frenillo Superior: SAE Inferior: SAE Lingual: SAE

Lengua: Saburral, móvil, pequeño

Encía: Marginal: SAE Papilar: SAE Adherida: SAE

Piso de boca: SAE

Saliva: Espesor normal, cantidad normal

Halitosis: NO PRESENTA

➤ TEJIDOS Duros

Tipo de Dentición: Decidua  Mixta  Permanente

Tipo de Arco dentario (Decidua):

Tipo I (con diastema)  Tipo II (sin diastema)  Mixto

Tipo de Arco dentario (Permanente):

Superior: Alineado  Apilado  Con diastema

Inferior: Alineado  Apilado  Con diastema

Forma de arco dentario:

Superior: Triangular  Cuadrado  Ovoide

Inferior: Triangular  Cuadrado  Ovoide

**EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL****TEJIDOS BLANDOS****Labios:** Hipohidrosis, delgados, incompetentes**Vestíbulo:** SAE**Carrillos:** Liso, húmedo, rosados.**Orofaringe:** SAE**Paladar duro:** SAE**Paladar blando:** SAE**Frenillo Superior:** SAE      **Inferior:** SAE      **Lingual:** SAE**Lengua:** Saburral, móvil, pequeño**Encía: Marginal:** SAE      **Papilar:** SAE      **Adherida:** SAE**Piso de boca:** SAE**Saliva:** Espesor normal, cantidad normal**Halitosis:** NO PRESENTA**➤ TEJIDOS DURES****Tipo de Dentición:** Decidua       Mixta       Permanente **Tipo de Arco dentario (Decidua):**Tipo I (con diastema)       Tipo II (sin diastema)       Mixto **Tipo de Arco dentario (Permanente):**Superior: Alineado       Apiñado       Con diastema Inferior: Alineado       Apiñado       Con diastema **Forma de arco dentario:**Superior: Triangular       Cuadrado       Ovoide Inferior: Triangular       Cuadrado       Ovoide **➤ OCLUSIÓN****Planos terminales:** Escalón mesial       Escalón distal       Plano recto **Relación molar:** Clase I       Clase II       Clase III **Relación canina:** Clase I       Clase II       Clase III **Relación incisal:** **Overjet:** Normal (0-3mm)       Clase II (>3mm)       Clase III (<0) **Overbite:** Normal (0-3mm)       Clase II (>3mm)       Clase III (<0) **Mordida:** Profunda       Cerrada       Abierta       Anterior       Posterior **Observaciones:** .....NINGUNA.....



➤ CONDUCTA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO:

Primera visita:    A    B    C    **X**

**D: Negativa=** (Rechusa el tratamiento, resístete y es hostil, presenta extremo pavor, llanto, tentativa de fuga, etc.)

**C: Parcialmente negativa=** (Rechazo al tratamiento, nerviosismo, miedo y llanto con poca intensidad)

**B: Parcialmente cooperadora=** (Acepta cauteloso o parcialmente el tratamiento, parcial rechazo, se deben usar técnicas de condicionamiento, alguna buena voluntad de cooperar)

**A: Cooperadora=** (Sin problema para aceptar el tratamiento, interesado, atiende las ordenes, mantiene la conversación con operador)

Marcar con un círculo

Segunda visita:    A    B    **X**    D

➤ FICHA ODONTOLÓGICA

Motivo de la visita: planeamiento de caso clínico **¿Realizó tratamientos anteriores? Si**

**¿Hubo algún problema durante los tratamientos anteriores?** Paciente no colaboradora

➤ DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

**Del estado general.** Paciente de sexo femenino de 3 años de edad.

**De las condiciones estomatológicas.**

**Tejidos blandos.**

Gingivitis aguda localizada

**Tejidos duros.**

Pulpitis irreversible

Fosas y fisuras profundas

**Oclusión:** Maloclusión clase I

**PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**Exámenes auxiliares:**

**Radiografías:**    Bitewing : NO COLABORA A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS

Periapicales: NO COLABORA A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS

Panorámica: NO COLABORA A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS

**INFORME RADIOGRÁFICO**

**Periapical:** ..... NO COLABORA A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Panorámica:** ..... NO COLABORA A LA TOMA DE RADIOGRAFIAS .....

.....

.....

.....

.....

.....

**INFORME DE ESTUDIOS DE MODELOS**

Paciente no colabora a la toma de modelos.

**Análisis de Moyers:** (Utilizado en dentición mixta, en este caso clínico no aplica)

	Maxilar Superior		Maxilar Inferior	
	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
Espacio disponible			Espacio disponible	
Espacio requerido			Espacio requerido	
Diferencia			Diferencia	
Discrepancia			Discrepancia	

### ➤ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

**Del estado general.** Paciente de sexo femenino de 3 años de edad.

**De las condiciones estomatológicas.**

**Tejidos blandos.**

- Gingivitis aguda localizada en maxilar superior.

**Tejidos duros.**

- Pulpitis irreversible de piezas 51, 52, 54, 61, 62, 64, 74, 75, 84, 85
- Fosas y fisuras de piezas 55 y 65
- Oclusión: Maloclusión clase I

**RIESGO DE CARIES DENTAL: ALTO**

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:

- Rehabilitar los dientes primarios con uso de coronas de acetato en paciente infante con pulpitis irreversible.
- Realizar pulpotomías en molares temporales afectados con pulpitis irreversible
- Realizar pulpectomías en incisivos temporales afectados con pulpitis irreversible
- Realizar sellantes en piezas molares que presentan fosas y fisuras profundas
- Restablecer la estética dental de paciente infante con uso de coronas de acetato y resina.

### ➤ PLAN DE TRATAMIENTO

#### *Fase sistémica*

Interconsultas a servicios de pediatría y anestesiología

#### *Fase higiénica*

Profilaxis dental (1 cada 15 días)

Fisioterapia oral en casa.

#### *Fase preventiva*

2 aplicaciones de flúor barniz (intervalo de 15 días)

#### *Fase correctiva*

*Tratamiento integral en sala de operaciones:*

Pulpectomías en piezas 51, 52, 61, 62.

Pulpotomías en piezas 54, 64, 74, 75, 84, 85.

Sellantes dentales en piezas 55 y 65

#### *Fase de control*

Control a los 7 días, 30 días y 50 días del post operatorio.

Profilaxis y fluorizaciones cada 6 meses.

**Revisado por el Alumno:** MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA

**Refrendado por el Dr.(a):** ROSALYNN SEGURA MARZAR

**PROGRAMACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO****Nº H.C.:** 5689921**Paciente:** NEYDI QUINDE ROBLEDO**Edad:** 3 AÑOS**1ª cita:** Llenado de historia clínica, charla de cepillado dental, entrega de ordenes pre quirúrgicos, profilaxis dental**2ª cita:** Asesoría nutricional, índice de higiene oral.**3ª cita:** Revisión de resultados pre quirúrgicos, entrega de interconsultas a los servicios de pediatría y anestesiología, 2da profilaxis dental.**4ª cita:** Revisión de resultados de interconsultas pre quirúrgicas.**5ª cita:** Hospitalización en el área de pediatría.**6ª cita:** Tratamiento integral en sala de operaciones, alta por el servicio.**7ª cita:** Control post operatorio a los 7 días.**8va cita:** Control post operatorio a los 30 días.**9na cita:** Control post operatorio a los 50 días.**Operador(a):** MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA**Docente:** ROSALYNN SEGURA MARZAR**> EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO****TURNO:** MAÑANA Y

FECHA	PROCEDIMIENTO CLÍNICO	Nº RECIBO	OPERADOR	FIRMA Y SELLO
28/9/19	Llenado de historia clínica, charla de cepillado dental, entrega de ordenes pre quirúrgicos, profilaxis dental		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
4/10/19	Asesoría nutricional, índice de higiene oral.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
19/10/19	Revisión de resultados pre quirúrgicos, entrega de interconsultas a los servicios de pediatría y anestesiología, 2da profilaxis dental.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
24/10/19	Revisión de resultados de interconsultas pre quirúrgicas.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
3/11/19	Hospitalización en el área de pediatría.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
4/11/19	Tratamiento integral en sala de operaciones, alta por el servicio.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
12/11/19	Control post operatorio a los 7 días.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
5/12/19	Control post operatorio a los 30 días.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	
27/12/19	Control post operatorio a los 50 días.		MARIANELLA CARMIN PUENTE AUCAPOMA	